

Nantcheff

DES HYGROMAS

de la Bourse Sèreuse

DES TENDONS DE LA PATTE D'OIE

THÈSE

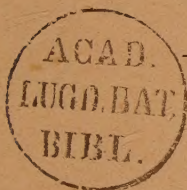
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Décembre 1899

Par Nikiphore KANTCHEFF

Né à Trevna (Bulgarie), le 4 Novembre 1873

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (*)..... ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv..	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET ().*

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (), PAULET (O. *).*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *Secrétaire*

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président.</i>	MM. LAPEYRE, <i>agrégé.</i>
TRUC, <i>professeur.</i>	IMBERT, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A la mémoire de ma Mère

Regrets éternels.

A mon Père

N. KANTCHEFF

A mes Frères et Sœurs

A ma sœur Radka et à mon frère Constantin

*Témoignage de reconnaissance et de sincère
affection.*

A mon oncle le Docteur Vitanoff

N. KANTCHEFF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Forgue

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage respectueux.

A mon excellent ami le Docteur Th. Poppoff

A tous mes Amis

N. KANTCHEFF

AVANT-PROPOS

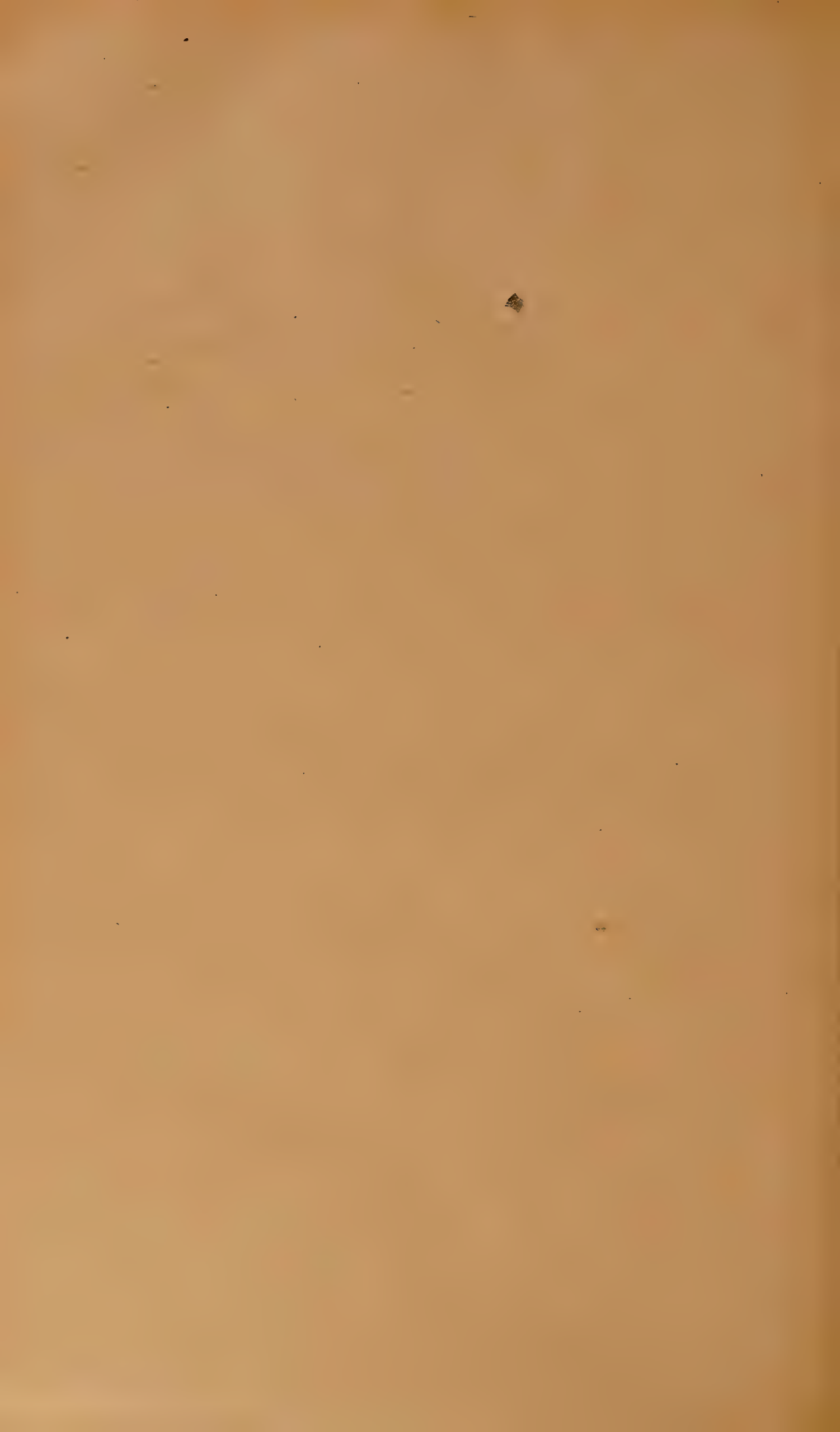
Ce n'est pas sans une profonde émotion et un très vif sentiment de tristesse, que nous voyons approcher le terme de nos études de médecine.

Sur le point de quitter cette terre de France, si hospitalière à tous ceux qui, étrangers comme nous, viennent lui demander un peu de son génie et de cette haute intelligence qui la distingue entre toutes les nations, nous ne pouvons nous empêcher de lui dire toute notre reconnaissance.

Comment, en effet, pourrions-nous oublier tous les éminents Professeurs dont la Faculté de Montpellier est si fière, à juste titre, et qui pendant les quelques années de nos études n'ont cessé de nous entourer de tant de bienveillance et de courtoisie. Grâce à leurs conseils et à leurs sages leçons nous pourrions essayer de faire autour de nous le bien que nous leur avons vu faire si souvent. Nous n'oublierons pas que c'est auprès d'eux que notre intelligence s'est ouverte à cette belle science qui permet de secourir son semblable.

Nous remercions particulièrement notre éminent professeur Forgeat qui a bien voulu, avec toute la bonté qui le caractérise, nous donner des conseils pour notre thèse et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence, nous lui garderons une entière reconnaissance.

Tous ceux qui nous ont guidé et soutenu dans notre tâche, nous les prions d'accepter l'assurance que leur souvenir nous suivra toujours.



DES HYGROMAS DE LA BOURSE SÉREUSE

des Tendons de la patte d'oie

Hygroma en général

Définition. — C'est l'inflammation des bourses séreuses.

Le terme d'hygroma (ὑγρός, humide) a été appliqué pour la première fois par Heister aux kystes séreux du cou (1739) ; il signifie collection séreuse dans une cavité close de toutes parts, que cette cavité soit naturelle, appartenant comme telle, au développement normal du corps, ou qu'elle soit de formation nouvelle, consécutive à quelque trouble physiologique ou à quelque travail morbide. Mais l'usage a plus spécialement accordé ce nom à l'hydropisie des bourses séreuses sous-cutanées, quoiqu'il serve bien à tort à désigner toutes les variétés de l'inflammation des bourses séreuses. Il est donc regrettable que l'usage ne permette pas d'introduire dans la nomenclature avec quelques chances de succès le terme de bursite (bursitis employé dans la plupart des traités étrangers) qui correspondrait à celui de synovite (Duplay et Reclus).

Historique. — Les maladies des bourses séreuses, n'ont été connues que vers la fin du XVIII^e siècle. Avant cette époque, elles étaient bien des fois observées mais seulement très mal interprétées. On trouve dans Ledran, en 1731, de la Motte (1771), Saviard (1784), des observations qui ont rapport aux

maladies des bourses séreuses sous-cutanées. Mais ces auteurs comme ceux du reste qui les ont précédés, n'ont pu aller au fond de la question, parce qu'ils n'avaient aucune notion anatomique sur les bourses séreuses ; ils ne paraissent même pas en avoir soupçonné l'existence : aussi toutes leurs observations sont-elles désignées sous le nom de loupes, qu'elle qu'ait été la matière renfermée dans ces tumeurs. « Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, dit Krœberlé, les affections des bourses séreuses avaient été confondues avec d'autres maladies et signalées en passant en tant que tumeurs, abcès etc. (1) »

Mais ce fut Camper (*Histoire et Mem. de la société roy. de méd. (ann. 1784)*) qui, le premier a porté la lumière dans ce sujet jusqu'à là si obscure, en décrivant les bourses séreuses du genou et du coude et en parlant de leur hydropisie. Cette description est des plus sommaires et Camper n'a pu déterminer la nature de cette cavité.

De même Fourcroy (1786) et Monro (1788), en élargissant ces premières données, n'étaient pas plus éclairé sur ce qu'était la bourse séreuse.

Plus tard Bécларd compléta la description que Camper et ses successeurs n'avaient fait qu'ébaucher. La bourse séreuse est pour lui une cavité close de toutes parts. Frappé de l'analogie de cette cavité avec les grandes séreuses dont Bichat venait de donner une description magistrale, il lui donne le nom de « bourse séreuse. »

Ensuite les thèses successives d'Asselin (1803), de Mosnier (1803), de Padiou (1839), de Huberson (1837), de Massot (1854), de Pineau (1886), marquent l'extension progressive de cette branche nouvelle de la pathologie : l'hygroma et ses diverses variétés la constituaient encore presque toute entière.

(1) Dict. Jaccoud. Bourses séreuses.

Avec Velpeau et ses recherches anatomiques et pathologiques sur les cavités closes (1843), la question s'était agrandie; plus tard, l'anatomie des bourses séreuses s'est complétée par les travaux de Gruber (de Saint-Petersbourg), de Linhard, de Heicker et leur pathologie, par ceux de Chassaignac, de Volkmann, de Verneuil, etc.

Ces nouvelles recherches amenèrent la découverte en divers points de l'organisme de nombreuses cavités du même ordre.

En ce qui concerne la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie, bourse qui nous intéresse en particulier, elle paraît être signalée pour la première fois par Albinus; depuis, Jancke, Sabatier, Portal, Sandifort, Mayer, Fourcroy, Monro, Fischer, Claquet, Blandin, etc. et tous les anatomistes modernes, l'ont mentionnée ou décrite.

Considérations anatomiques

Avant d'aborder la question concernant l'anatomie pathologique des affections des bourses séreuses en général et en même temps de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie, nous devons nous arrêter un court instant sur l'anatomie des bourses séreuses qui nous occupent en particulier.

Qu'est-ce qu'une bourse séreuse. — Voici en quelques mots, le résumé du travail de Debierre (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* 1888) sur ce sujet. Les bourses séreuses sont de trois ordres : 1° gaines synoviales tendineuses ; 2° les séreuses vésiculaires tendineuses ; 3° les séreuses vésiculaires sous-cutanées.

Toute bourse est formée par un sac sans ouverture, dont la paroi est faite de tissu cellulaire condensé, en un mot, de tissu connectif ou lamineux. Lorsqu'il s'agit d'une séreuse tendineuse, le tendon en est tapissé mais ne la traverse pas. Partout, il y a un feuillet pariétal et un feuillet viscéral et ces deux feuillets se continuent directement, enveloppant l'organe, comme un bonnet de coton enveloppe la tête, sans la contenir dans sa propre cavité.

Dans les bourses séreuses (séreuses vésiculaires) la paroi est plus ou moins épaisse et plus ou moins nettement séparée du tissu cellulaire ambiant, avec lequel elle fait toujours plus ou moins corps, de sorte qu'il semble qu'elle soit le résultat d'une condensation de ce tissu cellulaire avec la cavité intérieure. La face interne de cette cavité n'est pas aussi polie ni aussi lisse, que celle des séreuses tendineuses. Très souvent elle pré-

sente des brides celluluses qui cloisonnent la cavité de la bourse.

Il n'est donc point étonnant que cette paroi ne soit point tapissée d'épithélium, ainsi que l'ont reconnu Henle, Ch. Robin et Legros (Ch. Robin. *Leçons sur les tumeurs*, 2^e éd, 1874, p. 372), contrairement à Reichert et Kolliker qui y admettent l'existence d'une couche épithéliale pavimenteuse. Ce qu'il y a de vrai, c'est qu'à la face interne des bourses séreuses comme dans les synoviales, il existe une couche formée d'une substance fondamentale homogène, légèrement granuleuse ou striée, englobant dans son épaisseur des cellules cartilagineuses (Hueter, Böhm, Tourneux et Hermman Ressayt), (1).

La paroi des séreuses tendineuses et cavitaires contient un réseau capillaire. Contient-elle des lymphatiques et des nerfs ? Elle peut parfois s'épaissir au point de devenir fibro-cartilagineuse.

Qu'elle est l'origine des bourses séreuses ? Toute bourse séreuse n'a pas pour origine le frottement. Les bourses séreuses accidentelles sous-cutanées (professionnelles ou autres), se produisent par ce processus ; mais il n'en est pas de même de toutes les bourses séreuses, la preuve, c'est que nombre des bourses séreuses péri-articulaires existent chez le fœtus. La bourse séreuse constante et autonome paraît donc être un héritage ancestral, à l'instar des autres productions organiques constantes.

Après avoir dit quelques mots de ce que c'est qu'une bourse séreuse ; nous consacrerons quelques lignes pour l'anatomie des tendons de la patte d'oie et de leur bourse.

Trois tendons concourent à la formation de ce que nous ap-

(1) Hueter *Virchows Arch.* Berlin 1866 ; Tourneux-Hermman *Gaz. méd.* 1880 ; Renaut, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Grenoble 1887.

pelons assez improprement, la patte d'oie ; ce sont : (a), le tendon du muscle couturier, (b), le tendon du muscle droit interne et (c), le tendon du muscle demi-tendineux. Ces tendons se recouvrent de haut en bas et d'avant en arrière situés sur deux plans (Sappey) ; le tendon couturier le plus large et le plus élevé des trois, forme le plan superficiel et recouvre en partie les tendons du droit interne et du demi-tendineux, qui composent le plan profond ; ces tendons ne divergent pas à la manière des trois doigts des palmipèdes ; ils sont curvilignes et à peu près parallèles (Sappey).

La bourse séreuse commune aux tendons de la patte d'oie, (Poirier *Archives générales de méd.* Par. 1886), est constante mais sa situation, sa grandeur et sa forme, sont sujets à de nombreuses variations qui trouvent leurs explications dans le mode de formation de la séreuse. Elle est située sur la face interne du tibia vers la jonction de la diaphyse avec l'extrémité supérieure de cet os. A ce niveau, le tibia donne attache à l'insertion inférieure du ligament latéral interne de l'articulation du genou ; les fibres nacrées et resplendissantes du ligament, s'étalent largement sur le bord interne et la face antérieure de l'os ; c'est entre le tibia recouvert de cette insertion ligamenteuse, d'une part, et la face profonde des trois tendons, d'autre part, que l'on trouve la bourse séreuse.

Sa forme est ordinairement triangulaire à sommet inférieur ; le bord antérieur de ce triangle rectangle, est parallèle à la crête tibiale et situé à deux centimètres en dedans d'elle ; le bord supérieur répond au tendon couturier ; le bord postérieur le plus long, suit le bord interne de l'os ; c'est par ce bord postérieur que la bourse séreuse reçoit les tendons droit interne et demi-tendineux.

Si l'on écarte les parois de la bourse séreuse, incisée le long de son bord postérieur, on peut voir dans l'intérieur de sa cavité deux lamelles celluluses, en forme de croissant ou de

faux, qui répondent aux interstices des trois tendons et cloisonnent partiellement la séreuse. — En injectant ou en insufflant la bourse, on constate qu'elle envoie quelquefois des prolongements linéaires et curvilignes, dans les interstices qui séparent les trois tendons.

Les dimensions de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie sont très variables : sa longueur peut aller de trois à six centimètres ; son étendue dans le sens antéro-postérieur est de quatre centimètres en moyenne. Lorsque la bourse est distendue par une injection, elle prend la forme d'un coin introduit entre les tendons et le tibia : l'arête de ce coin s'approche plus ou moins de la crête tibiale, tandis que la base forme un bourrelet épais de deux centimètres sur le bord interne de cet os.

Gruber dit que la bourse séreuse de la patte d'oie peut communiquer exceptionnellement avec la bourse propre du demi-membraneux et par l'intermédiaire de celle-ci, avec l'articulation. Le fait doit être bien exceptionnel car ces deux bourses sont ordinairement séparées par une distance d'au moins deux centimètres et l'on sait d'ailleurs que la bourse propre au demi-membraneux ne communique jamais avec l'articulation. Sans doute Gruber aura rencontré quelques-uns de ces cas dans lesquels la synoviale articulaire, distendue outre mesure par un épanchement, recule ses limites et va s'ouvrir dans les bourses séreuses voisines : ce n'est plus de l'anatomie normale, c'est de l'anatomie pathologique. (Poirier.)

Développement de la bourse séreuse commune aux tendons de la patte d'oie. (Poirier). — Normalement dans l'intérieur de cette bourse existent des cloisons incomplètes répondant aux interstices des tendons ; ces septas sont visibles vers l'insertion tibiale des tendons ; le plus élevé qui est aussi le plus développé, occupe l'interstice des tendons couturier et droit interne.

Ces cloisons cellulaires sont considérées par Poirier comme

les derniers vestiges d'un état préexistant chez l'embryon. Il dit que ces cloisons sont, en effet, d'autant plus développées qu'on les étudie sur des sujets plus jeunes et qu'il n'est pas rare de constater, même chez l'adulte, la persistance partielle de l'état antérieur. une fois sur six ou sept, la bourse propre du tendon couturier garde son indépendance ; elle occupe alors le tiers supérieur de la bourse commune dont la cavité est diminuée d'autant. La séparation persistante des bourses propres à chacun des tendons du plan profond s'observe aussi, mais beaucoup plus rarement ; sur les cadavres des nouveaux-nés, la bourse propre au couturier est indépendante dans la moitié des cas environ.

En résumé, dit Poirier, la grande bourse séreuse commune aux tendons de la patte d'oie n'est que le résultat de la fusion des bourses propres à chacun des tendons ; cette fusion commence de très bonne heure par la réunion des deux bourses inférieures, elle s'achève par l'ouverture dans la bourse commune de la bourse propre au tendon du couturier, cette dernière située sur un plan plus superficiel que les deux autres ne se réunit à elles que tardivement et peut même rester indépendante une fois sur six ou sept.

Anatomie pathologique

Les modifications que subit la bourse séreuse qui est le siège d'un hygroma sont un épanchement dans la bourse séreuse et une série d'altérations subies par sa paroi. Mais il peut arriver que l'un de ces signes caractéristiques de la maladie manque. C'est le cas de l'hygroma sec. Là il n'y a pas du tout d'épanchement et ce qui est manifeste seulement, c'est la production d'éléments solides se montrant sous forme de saillies ou de lames membraneuses implantées sur la paroi.

Par contre, dans les cas d'hygromas aigus se développant rapidement au cours d'une poussée de rhumatisme ou d'une attaque de goutte, par exemple, les lésions de la paroi manquent.

Mais ordinairement, quand on a affaire à un hygroma chronique ou hygroma proprement dit et c'est le cas le plus fréquent, la double lésion se montre toujours.

Le liquide qui s'échappe après une incision de l'hygroma varie beaucoup suivant les cas ; il est le plus souvent limpide ou légèrement citrin et renferme une assez forte proportion d'albumine. Virchow dit dans son *Traité des tumeurs* (p. 200), que ce liquide n'est point d'ordinaire liquide comme l'eau, mais une sécrétion toute spéciale, gélatiniforme et filante, présentant une très grande analogie avec la substance molle qui se trouve dans les cartilages intervertébraux chez les enfants, où la masse centrale se fond en une sorte de gelée.

Quelquefois ce liquide est mêlé de grumeaux fibreux ; Chas-

Chassaignac a constaté plusieurs fois la présence de corps étrangers exclusivement graisseux, à tel point que l'un d'eux ayant été placé dans l'alcool, on n'en a plus trouvé aucune trace le lendemain.

D'autres fois, le liquide est rougeâtre, souvent même dans les hygromas de vieille date, il est d'un noir plus ou moins foncé semblable soit à du marc de café soit à du chocolat délayé.

Dans certains cas, l'hygroma peut être aussi à contenu purulent qui s'est établi d'emblée ou bien d'abord séreux, le liquide a subi ultérieurement la transformation purulente.

La partie liquide peut à la longue se résorber et alors on se trouve en présence d'un épanchement transformé auquel Velpeau donne le nom de tumeur hématique.

On distingue quatre variétés d'hygroma. (Duplay-Reclus.)

- 1° Hygroma kystique ;
- 2° Hygroma proliférant ;
- 3° Hygroma fibreux ;
- 4° Hygroma hémorrhagique.

La forme kystique est la plus fréquente, la poche est sphérique si la bourse séreuse est libre dans le tissu conjonctif, plus souvent elle est aplatie sur une de ses faces, celle qui correspond à un plan osseux ou aponévrotique.

Le changement le plus remarquable que subit la bourse séreuse consiste dans l'épaississement des parois qui peut, dans certains cas, devenir assez considérable pour que la tumeur apparaisse plutôt comme une tumeur solide que comme une poche séreuse distendue par un liquide (Chassaignac). Elle est cartilagineuse par place ou incrustée de sels calcaires : c'est parfois une coque véritable. Autour d'elle il n'est pas rare de disséquer une sorte d'enveloppe graisseuse.

La surface interne de l'hygroma kystique est quelquefois unie et lisse ; d'autres fois parsemée de petites inégalités ou saillies, les unes sous forme de simples reliefs ou nodosités, les autres sous forme pédiculée qui peuvent se détacher et être libres dans la cavité de l'hygroma. Le liquide que sa cavité contient est de quantité variable, il peut atteindre 1500 grammes. Il est d'abord épais, visqueux, jaunâtre, devient de plus en plus fluide à mesure que la quantité s'accroît, assez souvent il est trouble, opaque ; il peut être sanguin ou purulent.

À l'examen histologique, la paroi de l'hydroma kystique est formée de tissu conjonctif fibrilaire, infiltré de cellules cartilagineuses et souvent de plaques de noyaux calcifiés ; dans la paroi on peut trouver des artères assez volumineuses pour donner lieu à de sérieuses hémorrhagies. (Nélaton.)

La forme proliférante ou hygroma proliférant renferme aussi une quantité variable de liquide ; mais ici la face interne de la poche est très irrégulière, toute végétante.

Ces végétations se présentent comme de petites masses verruqueuses, sessiles ou pédiculées, s'infiltrant parfois de noyaux cartilagineux ou de grains calcaires et leurs pédicules rompus flottent dans le liquide kystique. Ces pédicules ainsi séparés et formant corps étrangers dans la cavité de l'hygroma, étaient considérés par Dupuytren et Raspail comme d'origine parasitaire.

Cette forme proliférante de l'hygroma semble avoir dans son processus une parenté étroite avec l'artrite sèche.

La forme fibreuse débute par un petit noyau induré, qui grossit peu à peu et acquiert parfois le volume d'une orange ; la paroi est tellement épaissie qu'elle constitue à elle seule presque toute la tumeur, à peine s'il reste au centre une étroite cavité pleine de liquide.

Dans la forme hémorrhagique de l'hygroma, le contenu est sanguin. Il est rare qu'il soit formé par du sang rouge ou des

caillots, plus souvent c'est un liquide noirâtre, épais, mêlé de grumeaux jaunâtres, et qui devient parfois presque totalement fibreux.

L'aspect présenté par la poche est assez souvent vilieux tomenteux. Parfois la paroi est tapissée par une membrane grisâtre, pseudo-membraneuse, sillonnée par de nombreux vaisseaux de nouvelle formation à parois ténues et friables, prêts à se rompre au moindre choc. Le processus dans la forme hémorragique de l'hygroma est donc en tous points comparable à celui décrit par M. Gosselin interprétant la genèse de l'hématocèle vaginale. (Favardin, thèse de Paris, 1887.)

Pour terminer ce chapitre, il ne nous reste qu'à signaler l'hydroma fongueux qui rentre dans les affections tuberculeuses des bourses séreuses et dont l'anatomie pathologique ne nous occupera pas.

Nous en dirons autant de l'hygroma syphilitique observé à la période tertiaire de la syphilis par Keyes (1876) et à la période secondaire par Fournier et Verneuil.

Etiologie

Ainsi que pour les autres hygromas, l'origine de l'hygroma de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie, remonte à des causes locales ou générales. Mais l'une des causes que l'on retrouve dans l'étiologie des affections de presque toutes les bourses séreuses soit normales, soit accidentelles, c'est la pression ou la violence extérieure répétées.

On a divisé l'histoire de l'hygroma en deux catégories suivant qu'il est aigu ou chronique. Le premier se développe sous l'influence d'une violence extérieure assez énergique ; ainsi, il succède aux chocs, aux contusions de toutes variétés, aux plaies pénétrantes et cela surtout quand le traumatisme porte sur des bourses séreuses déjà enflammées, des bourses professionnelles. Une des observations que l'on cite partout est celle rapportée par Chassaignac à propos d'un saltimbanque bossu, qui se faisait donner, au cours de ses exercices, de grands coups sur sa gibbosité ; un hygroma suppuré ne tarda pas à s'y développer.

Une autre cause assez fréquente de l'hygroma aigu est la propagation à la bourse séreuse de l'inflammation des parties voisines. Tel est l'hygroma furonculaire, indiqué par Chassaignac ; il se développe au-dessus d'un furoncle. Tel est l'hygroma lymphangitique, ainsi que l'hygroma érysipélateux qui se produit sous la nappe cutanée de l'érysipèle. Enfin, au pourtour des arthrites suppurées, on trouve souvent les bourses séreuses remplies elles-mêmes de pus, sans qu'une communication directe des cavités puisse faire admettre un transport direct ; mais grâce aux voies lymphatiques les agents pyogènes pénètrent facilement dans les séreuses.

La forme aiguë de l'hygroma peut reconnaître encore une cause générale ; tel qu'une maladie infectieuse (blennorrhagie) ou un état dyscrasique : rhumatisme, goutte.

D'après Boillerault la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie est très fréquemment atteinte dans le rhumatisme même à l'état isolé, sans que l'articulation voisine soit elle-même atteinte.

Dans l'infection purulente on signale de véritables abcès métastasiques dans les bourses séreuses (Lebert).

L'hygroma chronique succède assez rarement à la forme aiguë, bien que des poussées d'hygroma aigu le compliquent souvent. Il s'installe insidieusement à la suite des heurts et des frottements très souvent répétés. Les pressions habituelles sur une bourse séreuse normale ou anormale en sont à peu près l'unique cause. Elles déterminent une irritation continuelle dans les parois de la bourse. De là, sécrétion normale exagérée, modification de la poche et finalement formation d'une tumeur, qui en un temps plus ou moins long peut acquérir un volume considérable. C'est l'hygroma professionnel par excellence, et son siège témoigne de son origine. Ainsi au genou, par exemple, la fréquence de la bourse prérotulienne s'explique aisément par la nature de la profession où la station à genoux est nécessaire (froteurs, parqueteurs, maisons religieuses et prêtres).

Il faut signaler l'hygroma de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie, qui se forme très souvent au devant de la tubérosité antérieure du tibia sous l'action de la pression chez les amputés de jambe qui marchent avec un pilon.

A côté de ces causes toutes mécaniques, on ne saurait oublier les états diathésiques, le rhumatisme, la goutte dont l'influence est parfois très marquée sur les épanchements chroniques des bourses séreuses.

Symptômes

Ils varient suivant que l'hygroma est sec, aigu ou chronique. La forme sèche ne nous arrêtera pas longtemps parce que ce n'est qu'une courte phase de début ou de retrait de l'inflammation. Quand elle existe on trouve une légère rougeur et un léger gonflement au niveau de la bourse séreuse. Peu ou pas de gêne des mouvements ; diminution de la motilité des tendons ; douleur réveillée par la pression et quelques frottements perçus à l'exploration de la région malade. Cette forme cède vite ou fait place à l'épanchement.

La forme aiguë n'est souvent qu'une poussée inflammatoire d'un hygroma chronique. Elle s'accompagne à ses débuts de phénomènes inflammatoires assez intenses ; c'est une rougeur foncée, érysipélateuse, qui s'étend bien au-delà des limites de la bourse séreuse ; le tissu cellulaire est œdématié ; on croirait assister au début d'un phlegmon diffus ; au centre de cette région enflammée on aperçoit une tumeur peu volumineuse bien détachée, en général, et qui révèle par sa forme même, la nature de la collection enkystée. Elle est fluctuante, particulièrement douloureuse à la pression et gêne plus ou moins les mouvements de l'articulation du genou.

Il existe aussi assez souvent de la fièvre, des frissons, des douleurs vives qui s'irradient dans tout le membre ; et peu de temps après l'accident, 24 heures quelquefois, la tumeur est déjà constituée.

En dépit de ces allures, l'épanchement peut rester séreux ;

au bout de six à dix jours, l'inflammation s'éteint, la collection enkystée se résorbe petit à petit ou devient le point de départ d'un hygroma chronique.

D'autres fois l'issue de l'hygroma aigu n'est pas aussi favorable, l'inflammation peut aboutir à la suppuration et alors les symptômes que nous venons d'énumérer au lieu de s'amender augmentent d'intensité; la douleur devient plus vive, la température monte, l'empâtement du tissu cellulaire est plus marqué et souvent on y trouve un peu de lymphangite et de l'adénite que Follin a signalé, et tout récemment Fischer insiste sur ce fait que la lymphangite et l'adénite manquent rarement.

L'hygroma ainsi transformé en abcès peut se présenter sous deux formes : localisée ou diffuse.

Dans le premier cas, c'est l'abcès de la bourse séreuse dont la paroi s'ulcère en un ou plusieurs points et en communiquant avec l'extérieur, l'abcès se vide, la paroi se rétracte et se cicatrise, ne laissant qu'un noyau ou une plaque indurée.

Quelquefois l'ouverture tarde à se fermer, elle reste fistuleuse pour peu que la région soit exposée aux traumatismes journaliers et que l'état général s'y prête.

Dans le second cas, la collection circonscrite est susceptible de se rompre dans le tissu cellulaire ambiant et devenir ainsi l'origine d'un phlegmon diffus. Des traînées purulentes, qui, nées de la bourse enflammée, s'étendent au loin et décollent la peau sur une large surface.

C'est une des complications des plus graves, qui a coûté plus d'une fois la vie aux malades. D'autres complications se voient encore, mais plus rarement : l'ouverture de la collection purulente dans l'articulation voisine, et l'arthrite suppurée.

La forme chronique de l'hygroma nous présente un développement lent et progressif, sauf quelques cas rares où une poussée aiguë accroît son volume et réveille l'attention du malade.

La tumeur qui se forme ainsi au milieu d'une indolence à peu près complète, est très apparente, elle n'est pas comme celle de l'hygroma aigu, voilée par la turgescence des parties voisines enflammées.

Cette tumeur une fois constituée revêt l'aspect d'un corps arrondi, de volume variable, depuis la grosseur d'une noix, jusqu'aux dimensions d'une tête d'enfant. Bram (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1879) qui a fait un travail sur l'hygroma a dit que lorsque l'hygroma siège au niveau du genou, son lieu de prédilection, les dimensions de la tumeur ont varié depuis 3 centimètres jusqu'à 6 centimètres de hauteur et de 2 centimètres jusqu'à 8 centimètres de largeur. Padiou cite un cas où la tumeur atteignait le volume d'une tête de fœtus.

Si l'affection est de date récente, la peau qui recouvre la tumeur est cornée ou verruqueuse; elle glisse aisément à sa surface et peut y être pincée. La poche est peu tendue, aussi la fluctuation est-elle parfaite; elle présente aussi une demi-transparence qui ne saurait échapper à une exploration attentive.

Mais dans les cas d'hygroma de vieille date, la paroi est plus souvent épaisse, dégénérée en tissu fibreux et même incrustée de sels calcaires. La peau contracte des adhérences plus ou moins intimes avec la poche, aussi à la palpation on a la sensation d'une coque de carton (Chassaignac). Ici il n'y a plus de transparence, plus de fluctuation et assez souvent en cherchant ce dernier symptôme, la main du chirurgien est frappée d'une certaine sensation de frottement rude, de crépitation que Dupuytren comparait à la sensation que donneraient des grains de riz à demi cuits qu'on ferait passer d'une poche dans la poche opposée; ou bien encore au bruit d'une chaîne à petits anneaux enveloppée dans une bourse de peau dont on presserait les chaînons l'un contre l'autre. On l'a comparé encore à la sensation que donne l'amidon froissé entre les doigts. Quand la tension de l'hygroma ne dépasse pas une certaine limite et

qu'on promène les doigts sur la tumeur, on sent rouler certains corps qui donnent l'idée de corps étrangers mobiles et qui ne sont autre chose que des grains calcaires ou cartilagineux des végétations pédiculées qui hérissent la face interne ou qui sont déjà en suspension dans le liquide de l'hygroma.

Il arrive parfois que l'induration s'accroît dans les formes d'hydroma fibreux ; alors c'est une tumeur sphéroïde, entièrement compacte, indépendante des téguments et qui présente en réalité tous les caractères du fibrome.

Etant exposé continuellement aux traumatismes de tous genres, l'hygroma chronique est sujet à certaines complications, telles que rupture, épanchement sanguin, suppuration.

Les ruptures sous-cutanées sont rares ; le liquide s'épanche dans les espaces conjonctifs et s'il est séreux, se résorbe sans accidents ; mais la poche indurée ne s'oblitére pas, la déchirure se referme et l'épanchement ne tarde pas à se reproduire.

Plus souvent, à la suite des heurts, l'hygroma se gonfle, devient douloureux, tendu, se couvre d'une plaque ecchymosée ; les vaisseaux de la paroi se sont rompus en certains points et ouverts dans la cavité, laissant couler une quantité variable de sang. L'inflammation aiguë et le phlegmon ne sont pas rares, à la suite de cet accident ; ainsi, à la suite des accès d'inflammation intercurrente, l'hygroma aboutit à la suppuration. Cette transformation se fait parfois sans grand retentissement, et le pus, ou plutôt une matière puriforme, reste enfermé pendant un temps plus ou moins long, sans tendance à s'évacuer au dehors : c'est un véritable abcès froid enkysté et très bien toléré par l'organisme. Quelquefois, au contraire, il se forme une véritable inflammation phlegmoneuse avec toutes les conséquences qui s'en suivent.

Dans les cas où la paroi épaisse du kyste est rongée par la suppuration, l'hygroma abcédé s'élimine sous forme de lambeaux plus ou moins larges et déchiquetés : c'est là souvent un

processus curateur, et la cicatrisation qui en résulte oblitère définitivement la poche kystique. Ailleurs, la paroi indurée ne s'amincit ni ne se rétracte, elle forme un cul-de-sac où le pus stagne et l'ouverture devient fistuleuse. Cette terminaison se voit surtout dans les bourses profondes, dans celles qui adhèrent à d'épaisses lames aponévrotiques, car leur paroi ne se rétracte alors que fort peu.

Diagnostic et Pronostic

Le diagnostic de l'hygroma de la patte d'oie ne présente pas de difficultés. Lorsque l'affection est de date récente et que la paroi de la poche n'a pas subi d'altérations prolongées, on peut aisément constater la fluctuation. La forme arrondie de la tumeur, sa mollesse, son indolence, l'intégrité de la peau qui la recouvre, l'épaississement de l'épiderme, son siège constituent un ensemble de caractères qui ne permettent guère de se méprendre sur la nature de l'affection.

Si l'épaississement et la dureté des parois de la poche pouvaient, dans certains cas, en imposer pour une tumeur solide, les renseignements obtenus sur la durée et la marche de la maladie ne manqueraient pas de la faire reconnaître.

Dans les formes aiguës, le diagnostic est aussi facile, vu le siège, la tuméfaction et sa forme. Mais il peut être difficile de préciser si l'épanchement est séreux ou purulent. Les phénomènes inflammatoires sont toujours beaucoup plus marqués dans l'hygroma suppuré, et la température plus élevée. Le phlegmon étendu aux parties voisines peut masquer l'hygroma à un examen superficiel, mais on reconnaîtra toujours l'existence d'un clapier purulent circonscrit au niveau même de la bourse séreuse, et l'histoire des accidents apprendra que l'inflammation a débuté en ce même point.

Lorsque la collection purulente s'est ouverte au dehors et qu'il existe des trajets fistuleux, l'exploration au moyen d'un stylet permettra encore de reconnaître la nature de l'affection,

l'étendue du décollement et les dispositions que présentent le foyer de la suppuration.

Nous ne dirons qu'un mot sur le pronostic de l'hygroma. Sauf quelques complications qui peuvent survenir au cours de cette maladie, le pronostic n'est pas grave. Il doit être toujours réservé dans l'hygroma aigu et quand l'inflammation se manifeste dans un hygroma ancien, surtout quand les symptômes sont très violents.

Traitement

Nombreuses sont les méthodes qui ont été employées pour la cure des divers hygromas.

Nous pouvons les diviser en médicales et chirurgicales.

Les premières, sur lesquelles nous passerons très rapidement, ont été appliquées surtout pour les hygromas aigus récents et à paroi mince. On s'en est servi pour le traitement des hygromas chroniques, mais il n'est pas difficile de comprendre dès maintenant que les résultats ne pouvaient pas être bien brillants.

Boyer appliquait sur la tumeur des compresses résolutives d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque (chlorhydrate d'ammoniaque, un gramme ; eau, un litre).

D'autres ont eu recours aux pommades mercurielles. Des applications d'alcool ont été employées par Nélaton et Velpeau. Monro a employé les vésicatoires volants. Velpeau aussi a eu recours à ce dernier.

Il faut citer aussi les applications de pointes de feu qui n'ont jamais donné de résultats satisfaisants que dans les hygromas récents.

L'écrasement sous-cutané, un des procédés les plus anciens, a été préconisé par Monro et employé plus tard par Cloquet et Nélaton. Cette méthode, qui pour être appliquée demande des conditions spéciales : tumeur peu volumineuse, paroi mince, plan résistant, etc., réussit très rarement en raison de la résistance de la paroi. Chassaignac blâme très sévèrement cette méthode en la qualifiant de « barbare et dangereuse ».

En effet, c'est une méthode qui ne réussit presque jamais, parce que la poche écrasée ne tarde pas à se cicatriser et le liquide se reforme de nouveau. D'autre part, son exécution cause des douleurs très vives que ressent le malade au moment où le chirurgien écrase la tumeur.

Un autre inconvénient est que la diffusion du liquide kystique dans le tissu cellulaire peut être le point de départ d'accidents phlegmoneux.

La ponction sous-cutanée employée par Camper n'a pas réussi non plus. On n'obtient qu'une amélioration temporaire. Plus tard, on eut recours aux injections irritantes ; le vin alcoolisé fut employé par Asselin. Puis, Velpeau a vivement préconisé la ponction suivie d'injection de teinture d'iode ; on l'injecte mélangée de deux tiers d'eau et additionnée d'une cuillerée de solution d'iodure de potassium à 5 pour 100. La compression est l'adjuvant mécanique de cette méthode irritante.

Un autre moyen dont se sont servis Celse, Ledran, Montegion et Charmetton, c'est la destruction de la poche par les caustiques ; mais Daniel Mollière, plus récemment, s'est servi du thermocautère.

Toutes ces méthodes que nous venons d'énumérer sont presque complètement abandonnées aujourd'hui. Actuellement, dans les cas d'hygroma aigu d'origine rhumatismale, on prescrit le repos et les applications résolutives.

Dans les autres variétés d'hygromas aigus, le repos du membre est encore la première condition à remplir ; les vésicatoires volants, les sangsues ont été préconisés ; l'enveloppement de la région dans des compresses imbibées d'une solution de sublimé ou d'acide phénique faible et recouverte d'un imperméable et d'une couche d'ouate remplissent encore bien ce rôle antiphlogistique (Duplay-Reclus).

Dès que la suppuration est manifeste, incision large, lavage antiseptique, drainage.

Une méthode que nous préférons à toute autre chaque fois que nous nous trouvons en présence d'un hygroma chronique, et que M. le professeur Forgue a employé pour notre malade dont l'observation figure ci-après, c'est l'extirpation de la poche, méthode de choix ; et on ne peut pas dire aujourd'hui avec Chassaignac, que c'est une opération dont les auteurs parlent les uns à la suite des autres sans l'avoir jamais pratiquée (Dentu).

L'extirpation est une opération qui date d'assez loin. Pézerat la conseillait dès 1827, et après lui, Hervez, Bérard, etc. On procède de deux façons : la peau incisée, le kyste est isolé sur toute sa surface, et, comme une tumeur, on l'énuclée en entier sans l'ouvrir, ou bien, s'il est trop gros, on l'incise ou on le coupe en deux, et chaque moitié de la poche est disséquée et enlevée à son tour (Bérard).

On a conseillé, pour faciliter la dissection du sac, d'évacuer d'abord son contenu liquide, puis de pousser dans sa cavité une injection de blanc de baleine qui, solidifié, en fait en réalité une tumeur solide (Pozzi).

L'extirpation ne saurait toujours être totale ; on se contente alors de réséquer tout le segment antérieur de la poche en laissant sa paroi profonde adhérente aux aponévroses ou aux os.

Nélaton ne considérait l'extirpation que comme une extrême ressource. Mais aujourd'hui elle est devenue recommandable avec les méthodes antiseptiques. On la voit préconisée dans la thèse de Revol (1885).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Recueillie dans le service de M le Professeur FORGUE

Par M. le Docteur JEANBEAU, Chef de clinique et

Communiqué à la *Société de Sciences Médicales de Montpellier*.

(Séance du 1^{er} décembre 1899)

Paulin F..., âgé de 46 ans, cultivateur, entre dans le service le 30 mai 1899 (Salle Delpeche, n° 16).

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis ni d'affections thoraciques. Fièvres intermittentes dans sa jeunesse. Vieille dyspepsie avec troubles digestifs. Jamais de rhumatisme.

Maladie actuelle. — Depuis trois ans le malade éprouvait un peu de gêne dans les mouvements du genou gauche, sans que celui-ci ait reçu des traumatismes, ni présenté d'hydarthrose. En janvier 1899, le malade s'aperçut de la présence à la face interne du tibia, immédiatement au-dessous de l'articulation, d'une petite tumeur du volume d'une noisette, ayant la consistance de la tumeur actuelle; la peau recouvrant cette tumeur n'était point adhérente à celle-ci et glissait normalement. L'évolution de la tumeur est progressive, sans douleur, ni gêne fonctionnelle.

A l'examen on remarque un état général excellent; c'est un homme très bien constitué, très vigoureux.

Le genou droit est normal; le genou gauche paraît normal aussi. A la partie supérieure de la face interne de la jambe

gauche, on voit une tumeur hémisphérique, régulière, du volume d'une petite orange. La peau est normale à ce niveau, elle se laisse pincer et glisse sur la tumeur; la tumeur paraît vaguement mobile avec une base d'implantation sur le tibia, le membre étant dans l'extension. Cette mobilité disparaît dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

A la palpation la tumeur présente une consistance rénitente pseudo fluctuante. Elle est indolente et n'est pas réductible, pas de battements, ni d'expansion. Pas de vascularisation anormale à la surface de la tumeur.

Les mouvements du genou ne sont pas gênés.

Il s'agit donc bien d'un hydroma-kystique développé dans la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie.

Le 31 mai 1899, après anesthésie locale à la cocaïne, M. le professeur Forgue opère le malade. On incise la peau suivant le grand axe. Dissection de la tumeur qui est ouverte près de son insertion sur le tibia. Issue d'environ deux cents grammes d'un liquide gélatineux, rosé, ressemblant à de la gelée de pomme.

La surface interne de la poche est lisse, rougeâtre, assez vascularisée. Il n'y a pas de plaques calcaires, ni de végétations proliférantes.

Après l'extirpation de la tumeur, on met un petit drain et on suture avec le crin de Florence. Puis on fait un pansement compressif.

Le 12 juin, premier pansement. Réunion par première intention. On enlève les fils et le drain.

Le malade sort de l'hôpital quatre jours après, complètement guéri.

OBSERVATION II. (1)

G... Alphonse, 33 ans, fileur de coton, n'a aucun autre antécédent que le suivant : depuis huit ans, il souffre du genou gauche et il a séjourné déjà deux fois à l'hôpital pour du gonflement et des douleurs du genou qui paraissent se rattacher à une hydarthrose. A son dernier séjour, qui date de quatre ans, il est resté trois mois et a été traité par les pointes de feu et l'immobilisation dans un appareil silicaté. Aujourd'hui, plus aucune trace de lésion articulaire, et cet homme rentre à la charité pour une petite tumeur siégeant à la partie latérale interne de l'extrémité supérieure de la jambe gauche, à deux centimètres au-dessous du plateau tibial et autant en dedans de l'épine. Sa forme est assez nettement sphéroïdale, son volume égale celui d'une pomme d'api; son diamètre vertical est de quatre centimètres, tandis que l'antéro-postérieur atteint quatre centimètres et demi. La tumeur est rénitente et tendue; elle devient dure comme l'os quand on contrarie l'adduction de la cuisse, et on voit qu'elle est bridée par le tendon du muscle couturier.

A son niveau, la peau ne présente aucune modification et glisse sur elle avec facilité, mais la tumeur elle-même est peu mobilisable, elle paraît adhérer à l'os, quoique ce dernier ne présente autour d'elle aucune modification. Quand le malade s'est fatigué beaucoup, il éprouve, à ce niveau, une douleur sourde et continue qui disparaît après quelques heures de repos.

Il y a deux ans, à son début, la tumeur fut ponctionnée et laissa s'écouler un liquide jaune sirupeux qui se reproduisit dans les jours suivants.

Le diagnostic d'hygroma chronique de la bourse séreuse des

(1) DIDIER. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1891.

tendons de la patte d'oie, ayant été posé, l'opération est faite le lendemain.

M. Duret fait une incision curviligne, à concavité supérieure, et sectionne ainsi la peau, le tissu cellulaire et enfin l'aponévrose de la patte d'oie fortement soulevée par la tumeur et dont la section met la poche à ciel ouvert.

Par une dissection attentive, il arrive à délimiter presque complètement le kyste, mais la face postérieure étant adhérente à l'os, il se décide à vider la poche avant de ruginer l'os sur lequel elle adhère.

Une incision perpendiculaire au grand axe de la tumeur laisse voir une substance gélatineuse, ayant la couleur et la consistance de la gelée de pomme, que l'on enlève avec une curette. Cette consistance explique pourquoi une ponction faite avant l'opération, avec une seringue de Pravaz, n'a pas donné de résultat; les doigts étant introduits dans la cavité séreuse et la distendant de manière à servir de guide.

Le liquide enlevé, M. Duret, au moyen de la rugine plate, détache complètement la partie de la poche qui était adhérente au tibia et dans la substance duquel elle offrait deux diverticules à la partie supérieure; puis avec la gange et le maillet, il détache deux petites nodosités osseuses qui étaient sous-jacentes à la paroi du kyste.

Après avoir ruginé toute la partie du tibia qui avait adhéré à la poche, il pratique la suture du tendon du couturier à l'aponévrose jambièrre qui est au-dessus, suture la peau au crin de Florence et met par dessus un pansement antiseptique.

Aujourd'hui le malade va bien, ne souffre plus et sa plaie se réunit par première intention.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- S. DUPLAY et R. RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I.
DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie. t. III. 1896.
CHASSAIGNAC. — Bourses séreuses. *Dict. encycl. de sc. méd.*
Par. 1886.
KOEBERLÉ. — Bourses séreuses sous cutanées. *Nouveau dict.
de méd. et de chirurgie pratique*, Par. 1866.
POIRIER. — Bourses séreuses du genou. *Arch. gén. de méd.*
Par. 1886.
DEBIÈRE. — Contribution à l'étude des synoviales et des bour-
ses séreuses tendineuses péri-articulaires, *j. de l'anat.
et physiol.* Par. 1888.
BRAME. — Sur l'hygroma. *Bull. acad. de méd.* Par. 1879.
DIDIER. — Hygroma chronique de la bourse séreuse des tendons
de la patte d'oie ; extirpation, guérison. *J. de sc. méd. de
Lille*, 1891.
GOTTSCHALEK. — Ueber bursitis purulentis acuta prætibialis
8° Würzburg 1887.
— Ueber das Vorkommen und die Erkrankungen des
bursa mucosa prætibialis 8° Würzburg, 1882.
PARK. — Bursitis of bursa in front of tubercle of tibia *Inter-
nat. clin. phila.* 1894.
CAMPER. — *Mém. de la soc. roy. de méd.*, Par. 1744.
ASSELIN. — Considération sur les tumeurs ou capsules muqueux
du genou. Thèse, Strasbourg 1803.
VELPEAU. — Sur les contusions dans tous les organes. Thèse de
concours. *Ann. de la chirurgie française*. Par. 1843.

PADIEU. — Des bourses séreuses sous-cutanées. Th. de doctorat Par. 1839.

BLEYNIE. — Anatomie et pathologie des bourses celluluses sous-cutanées. Th. de doctorat Par. 1865.

PINEAU. — Etude sur l'épanchement des bourses sous-cutanées. Th. de Par. 1866.

HEYFELDER (J. F). — Ueber hygroma. Deutsche Klinik. Berl. 1862.

BOUCHARD. — De l'hygroma du genou. 4^e Par. 1864.

DUDON. — Traitement de l'hygroma chronique. Th. de Par. 1880.

JEANBRAU. — Hygroma kystique de la bourse séreuse de la patte d'oie. Communication à la *Société des Sciences Médicales de Montpellier*, 1^{er} décembre 1899.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 27 Novembre 1899.

Le Recteur,

A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 27 Novembre 1899.

Le Doyen,

L. VIALLETON.

